附件4

参会回执表

填报地市/区直单位（公章）： 联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位 | 参会人员 | 职务 | 联系方式 | 车牌 | 住宿要求 | 备注 |
| 例1 | XX市卫生健康委 |  |  |  | 桂AXX | 单间 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：此附件请各设区市卫生健康委、中医药局统一填写，并于2024年10月25日下班前将word和PDF（盖公章）版本发送至zyjghcyc@163.com邮箱，联系人：姜星15677166017。